

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

592 No.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

VICTOR STOROGÉ

Né le 6 Août 1900 à Kremenetz (Russie)

L'HYGIÈNE SOCIALE
et les Etrangers en France

Président de Thèse : M. le Professeur Léon BERNARD.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

1926

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553021_0089

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

VICTOR STOROGÉ

Né le 6 Août 1900 à Kremenetz (Russie)

L'HYGIÈNE SOCIALE

et les Etrangers en France

Président de Thèse : M. le Professeur Léon BERNARD.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

—
1926

1. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des mala- dies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux..	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHTET Fils.
Pathologie médicale	TANON.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophtalmologie	VELTER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERRER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique médicale infantile	LEREBoulLET.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LÉPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Que ce modeste travail soit pour vous
un gage de mon infinie reconnaissance
et de ma très grande affection.
Vous l'avez tant désiré de vos vœux
les plus chers et si amoureuxment payé
de tant de sacrifices, que j'éprouve au-
jourd'hui un sentiment d'émotion en le
dédiant à ceux à qui je dois tout.*

A MA FEMME

*Au cours de mes années d'études, j'ai
trouvé auprès de Toi, ma bien chère et
bien douce compagne, un profond dé-
vouement et une sincère affection pour
lesquels je tiens à t'apporter aujourd'hui
l'expression de toute ma reconnaissance
et de mon amour.*

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

GEORGES STOROGÉ

& BENJAMIN STOROGÉ

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

Fraternelle affection.

A MES BEAUX-PARENTS

*En remerciement de la sollicitude et
de l'affection qu'ils m'ont témoignées.
Qu'ils trouvent ici l'expression de
toute ma gratitude et de mon entier dé-
vouement.*

A MON GRAND-PÈRE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MES COUSINS ET A MES COUSINES

A MES AMIS

A Monsieur PAUL PAINLEVÉ

Ministre de la Guerre

Président du « Foyer Français »

A Monsieur le Docteur PAUL HALBRON

Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Au cher Maître, auprès de qui j'ai
appris à fréquenter et à aimer l'hôpital,
qui a bien voulu m'éclairer de ses con-
seils et m'honorer de ses encourage-
ments, je dédie cette thèse qu'il m'a
inspirée et qu'il m'a aidé à édifier, en
témoignage de dévouement et de recon-
naissance.*

A mon Cousin ROGER OLCANSKI

Vice-Président du « Foyer Français »

*En témoignage de reconnaissance pour
la sympathie qu'il m'a toujours témoi-
gnée. Avec mes remerciements pour les
documents qu'il m'a procurés et qui
m'ont aidé à l'édification de ma thèse.*

A Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur d'Hygiène à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Laënnec

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,
en témoignage de ma respectueuse gra-
titude.*

Introduction

Un grave problème qui s'est posé depuis quelques mois a attiré l'attention des médecins et du public : c'est celui de l'Immigration.

Déjà avant la guerre, mais surtout depuis, un grand nombre d'étrangers sont venus en France, soit pour s'y fixer, soit d'une façon transitoire. Cette nombreuse population étrangère, pose un certain nombre de questions d'ordre divers.

Nous n'avons pas à envisager ici les questions économiques, ni les répercussions sociales, nous n'avons en vue que le retentissement sur l'hygiène générale de ces éléments nouveaux, soit par les problèmes de santé, soit par les problèmes de prophylaxie qu'ils posent.

Nous envisagerons donc successivement :

1° Les principes d'hygiène qui devraient présider à l'Immigration (règles, prescriptions, contrôle et surveillance sanitaires);

2° Les répercussions qu'entraîne l'abondance de la population étrangère sur l'hygiène générale et le fonctionnement des services hospitaliers.

Ces questions se sont trouvées mises à l'ordre du jour par des discussions récentes à l'Académie de Médecine de Paris où il a été question surtout de l'hospitalisation des étrangers et de leur assimilation.

D'autre part, dans des œuvres privées et en particulier au Foyer Français, Association pour l'établissement et l'instruction des étrangers résidant en France, présidée par M. Paul Painlevé, ministre de la Guerre, des études approfondies ont été faites sous la direction du Professeur Léon Bernard, au sujet des répercussions sanitaires de l'Immigration, des règlements sanitaires de l'Immigration actuellement en vigueur aux Etats-Unis et aux Dominions Anglais, enfin, du contrôle sanitaire qu'il y aurait lieu d'organiser chez nous.

Rappelons, en outre, que toutes les objections que l'on peut faire au sujet de l'hospitalisation des étrangers, ne peuvent être valables qu'autant qu'elles ne sont pas en contradiction avec les conventions internationales d'assistance actuellement en vigueur et que nous devons respecter.

L'Immigration et l'Hygiène publique

C'est un médecin des hôpitaux de Lyon qui, le premier, a attiré l'attention sur l'hospitalisation des étrangers en signalant, en 1923, qu'à l'Hôtel-Dieu de cette ville, sur quatre cent-vingt hospitalisés, 13 % étaient étrangers.

Chacun sait que la France a besoin de main-d'œuvre industrielle et agricole. Elle va la chercher à l'étranger et elle l'y trouve. Encore faudrait-il que l'avantage qu'elle en retire ne fut pas compensé par des inconvénients ou des dangers.

La question de l'hospitalisation des étrangers appelle donc un étude parallèle de celle de la main-d'œuvre.

Quelles sont les conditions de recrutement de cette main-d'œuvre ? Où et comment se fait-elle. Quelles sont les précautions sanitaires prises jusqu'à présent concernant cette main-d'œuvre ? Quelles mesures y aurait-t-il lieu de prendre pour sauvegarder notre santé et empêcher l'apport de maladies contagieuses ?

Autant de questions à résoudre qui nous montreront les imperfections actuelles de ce recrutement qui sont peut-être l'explication de la présence de si nombreux étrangers dans nos hôpitaux.

La question de la main-d'œuvre étrangère

Depuis longtemps la main-d'œuvre étrangère joue un grand rôle en France. Bien avant la guerre, on pouvait déjà rencontrer surtout dans le Bassin Parisien des moissonneurs belges et des terrassiers italiens.

L'appel à la main-d'œuvre étrangère, lui-même, n'est pas si récent qu'on le croit généralement, car déjà en 1913, des Italiens, des Belges, des Cosaques, des Polonais et des Arabes répondaient à un appel que nous avions lancé, et venaient s'installer dans le Nord et dans de Pas-de-Calais.

M. R. Martial rappela en 1924, dans les *Annales d'Hygiène*, qu' « un jour (en 1913), une grande fonderie de zinc fit débarquer à Douai, un millier de Cosaques avec femmes, enfants et prêtres, sans que le Bureau d'Hygiène ait été aucunement avisé, d'ailleurs.

Nous voyons donc que dès cette époque la question sanitaire concernant l'apport de la main-d'œuvre étrangère pouvait déjà se poser.

Il n'en est pas moins vrai que l'arrivée de cette main-d'œuvre s'est intensifiée pendant la guerre et surtout après.

Pendant la guerre, la main-d'œuvre devint si nécessaire que l'on recruta partout des travailleurs. On en recruta en Europe et ce furent surtout les pays méditerranéens qui nous les fournirent, en particulier, l'Espagne et la Grèce. On en recruta en Chine, en Indo-Chine, en Tunisie, en Algérie. Mais tous ces individus étrangers, recrutés pour le travail apportaient évidemment leur bagage-santé, et malheureusement aussi leur bagage-maladie. Ce bagage-maladie comprenait d'une part les maladies contagieuses communes à toutes

les races; d'autre part, les maladies contagieuses propres à la race ou au pays.

Devant cet état de choses et pour sauvegarder la santé publique, on fut obligé d'organiser une sorte de barrière prophylactique. Il fut créé à cette époque, des organismes sanitaires aux frontières et dans les ports de débarquement. Ces organismes variaient avec la nationalité des étrangers qui s'y présentaient. Avec ces organismes collaboraient les médecins et hygiénistes mobilisés et affectés comme adjoints techniques d'Hygiène de l'Armée, et grâce à ces derniers qui proposèrent un certain nombre d'innovations de prophylaxie sanitaire dont nous parlerons plus loin, on réussit à sauvegarder la santé publique de toute atteinte contagieuse.

Les pertes considérables en hommes, que nous avons subies pendant la guerre, d'une part, la baisse croissante de la natalité en France, d'autre part, nous ont fait, après la guerre, une nécessité impérieuse de faire appel à la main-d'œuvre étrangère, afin de permettre à l'industrie et à l'agriculture de reprendre leur essort. Aussi, dès la fin de la guerre, nous avons organisé un véritable recrutement de la main-d'œuvre dans un certain nombre de pays, et plus particulièrement en Pologne et en Tchéco-Slovaquie. De plus, un grand nombre d'étrangers venus d'un peu partout, se sont présentés à nos frontières, répondant à l'appel de la main-d'œuvre que nous avons lancé, et venus aussi parfois de leur propre initiative, poussés par la nécessité ou par leur préférence.

De quelle façon se fait ce recrutement et quelles sont les précautions sanitaires prises vis-à-vis de ces travailleurs

étrangers ? Voilà la question que nous allons examiner maintenant.

Dans un article publié en septembre 1925, dans la *Revue d'Hygiène*, par le Professeur Léon Bernard, nous nous permettons d'extraire les renseignements suivants concernant le recrutement de la main-d'œuvre étrangère.

On distingue deux sortes de recrutements :

- 1° Recrutement collectif organisé dans les pays avec lesquels nous avons conclu des accords ;
- 2° Immigration individuelle en provenance des autres pays.

A) RECRUTEMENT COLLECTIF ORGANISÉ

Les ouvriers qui sont recrutés collectivement en Pologne et en Tchéco-Slovaquie ne sont embauchés par les employeurs ou leurs représentants qu'après une visite médicale complète ; elle est assurée en Pologne par un médecin militaire français, auquel sont adjoints des collaborateurs polonais, choisis par ses soins. En Tchéco-Slovaquie, elle est confiée à des médecins tchèques, agréés par le représentant à Prague de l'Administration française.

Les causes sanitaires d'exclusion, stipulées par la Société générale d'immigration, en accord avec le Ministère du Travail (1), répondent cependant davantage aux préoccupations visant la capacité de travail qu'elles ne s'inspirent du souci de la valeur de la population : l'alcoolisme et l'aliénation n'y sont pas mentionnés. Dans l'ensemble, toutefois, ces pres-

(1) Il ne faut pas oublier que le recrutement de la main-d'œuvre étrangère a été très soigneusement organisé et surveillé au Ministère du Travail, par Monsieur Lebelle, chef du service de la main-d'œuvre étrangère.

criptions sont assez satisfaisantes. Lorsque les convois arrivent en France, un contrôle sanitaire est effectué : il porte principalement sur la vaccination anti-variolique, qui est pratiquée dans le cas où elle n'a pas été faite avec succès en Pologne.

Pour les ouvriers faisant l'objet de ces recrutements collectifs, le contrôle sanitaire paraît donc offrir des garanties que l'expérience a confirmées suffisantes, d'après les observations du Ministère du Travail.

Le recrutement collectif, effectué en Italie, ne donne lieu avant l'entrée en France à aucun visa médical de notre part, car les Autorités italiennes s'opposent absolument à tout contrôle des Autorités étrangères sur leur territoire. Les ouvriers se présentant aux bureaux d'Immigration de Modane ou de Menton, sont l'objet d'une visite médicale superficielle comportant surtout une vaccination.

B) IMMIGRATION INDIVIDUELLE

Le contrôle est différent suivant les conditions dans lesquelles sont organisés les bureaux frontières par lesquels passent les immigrants.

Les travailleurs, originaires de l'Europe centrale, qui se présentent au dépôt des travailleurs étrangers de Toul, sont soumis au même contrôle superficiel à l'arrivée, que celui portant sur les contingents provenant des recrutements collectifs de Pologne ou de Tchéco-Slovaquie. De même, les ouvriers italiens, porteurs de contrats individuels et se présentant à Menton ou à Modane font l'objet du même examen que ceux provenant d'un recrutement collectif. A la frontière espagnole les ouvriers se présentant à Cerbère, sont

invités à se diriger sur le dépôt des travailleurs étrangers de Perpignan, où ils sont soumis à la visite médicale, mais il n'existe aucun procédé pour les contraindre à passer par ce centre. Les ouvriers espagnols ou portugais se présentant à Hendaye, sont également dirigés sur le dépôt des travailleurs étrangers de cette ville en vue d'être soumis à la visite médicale.

D'autre part, les immigrants débarquant à Marseille sont soumis non seulement au contrôle sanitaire du bureau d'Immigration, mais également à celui de la police sanitaire des ports, visitant le navire, avant le débarquement, et il y a lieu de penser qu'avec ce double contrôle, les maladies contagieuses doivent pouvoir être écartées.

Il faut reconnaître, d'autre part, que les ouvriers pénétrant par le Nord de la France ne sont assujettis à aucune espèce de contrôle, étant donné les dispositions de la frontière belge. Il y a lieu de noter également, que pour les frontières italiennes et espagnoles, par suite de la suppression du visa du passeport avec ces deux pays, il suffit à l'étranger d'être porteur d'un passeport national pour avoir le droit de pénétrer chez nous, sans que la réglementation actuelle puisse le soumettre à aucun contrôle sanitaire, cette mesure n'étant pratiquement appliquée qu'aux étrangers déclarant à la frontière leur situation de travailleur.

En résumé, lorsque le contrôle sanitaire est effectué au poste frontière, il est très insuffisant, parce qu'il n'atteint qu'une catégorie d'étrangers, ceux qui se présentent comme travailleurs, et parce qu'il n'a pratiquement pour but que d'assurer la revaccination. Il n'est, en outre, effectué que dans les postes par lesquels l'immigration est la plus importante.

Il suffit donc à un étranger désireux de pénétrer sur notre territoire, en évitant le contrôle sanitaire, soit de ne pas se présenter comme travailleur, soit, s'il vient porteur d'un contrat de travail, de pénétrer par un poste où le contrôle sanitaire n'est pas organisé.

Cette situation, acceptable pour une immigration discrète risque de devenir, pour notre pays une intolérable menace devant l'afflux régulièrement progressif des immigrants.

Le rapport précédent du Professeur Léon Bernard nous fait donc voir comment est établi actuellement le contrôle sanitaire des immigrants se présentant à la frontière isolément ou engagés dans leur pays collectivement.

Il nous fait comprendre comment un étranger craignant de se voir refuser l'entrée de notre pays pour raison de santé, peut s'introduire en fraude chez nous par suite du fonctionnement défectueux du contrôle sanitaire de nos frontières.

En résumé, l'insuffisance de contrôle sanitaire pour le recrutement collectif ou individuel, d'une part, la facilité pour un certain nombre d'étrangers de passer la frontière sans aucun contrôle sanitaire, d'autre part, amènent chez nous un grand nombre de malades, contagieux ou non, généralement chroniques, et tombant presque immédiatement après leur arrivée à la charge de l'Assistance publique.

Nous verrons tout à l'heure ce qu'a proposé le Professeur Léon Bernard pour remédier à ce manque ou à cette insuffisance de contrôle sanitaire pour les étrangers venant travailler chez nous.

Prophylaxie organisée pendant la guerre contre les maladies contagieuses

La question de la prophylaxie sanitaire de la main-d'œuvre étrangère pendant la guerre a été traitée dans les *Annales d'Hygiène* en 1924, par le Docteur P. Martial et je me propose d'en résumer ci-dessous les grandes lignes.

La barrière prophylactique avait été surtout envisagée contre les quatre maladies infectieuses suivantes : *Variole*, *Typhus*, *Paludisme*, *Parasites intestinaux*.

ORGANISATION PROPHYLACTIQUE CONTRE LA VARIOLE

La variole comme le constate M. R. Martial peut être aisément importée par la main-d'œuvre appelée en France, parce que cette dernière provient presque toujours des contrées où la vaccination n'est pas obligatoire. Et cela est d'autant plus dangereux pour nous que malgré la loi de 1902 (instituant entre autre la vaccination jénnerienne obligatoire en France), un grand nombre de nos compatriotes ne sont pas vaccinés.

Nous avons à ce sujet réalisé tout le long de la frontière franco-espagnole (en particulier), une organisation très simple, mais très efficace et qui fonctionnait à toutes les gares, routes et à tous les ponts traversant la frontière.

Les immigrants espagnols répondant à l'appel du Ministère de l'Agriculture devaient passer dès leur arrivée à la frontière :

1° Devant la police, pour vérification d'identité;

2° Au bureau sanitaire pour vaccination ;

3° Au bureau d'embauchage qui ne donnait une destination que si les deux premières formalités étaient remplies (visa de police et carte sanitaire indiquant la vaccination).

Le Bureau sanitaire comprenait une petite baraque en bois ou une petite pièce dans laquelle se trouvaient du vaccin et tout le nécessaire pour faire bouillir les vaccino-styles. La vaccination était faite, soit par un étudiant en médecine ou en pharmacie, soit par une sage-femme, soit par un infirmier. Les frais étaient largement couverts, par une redevance individuelle de cinquante centimes qu'on exigeait des vaccinés.

Du fait de ce contrôle, peu compliqué, on n'eut pas à redouter la recrudescence variolique qui n'eut pas manqué d'éclater par suite de l'apport de ce contingent d'étrangers non vaccinés.

Ce contrôle sanitaire a été organisé un peu partout sur la frontière, et il fut largement suffisant quant à la variole.

ORGANISATION PROPHYLACTIQUE CONTRE LE TYPHUS

Le typhus ayant reparu pendant la guerre, on dut organiser des centres spéciaux d'épouillage. Un certain nombre existait déjà, on en créa de nouveaux. L'appel à la main-d'œuvre polonaise (la Pologne étant atteinte du typhus), nous obligea à créer spécialement plusieurs centres d'épouillage aux frontières et dans les régions libérées.

Le fait pour nous de ne pas connaître le virus du typhus nous obligea donc :

1° A l'épouillage ;

2° A la surveillance sanitaire des immigrants.

Mais cette deuxième condition est difficile à réaliser, car la moitié au moins des immigrants ne se rendent pas à l'adresse qu'ils ont donnée au débarquement. Ce qui fait, que dans les régions où l'on emploie cette main-d'œuvre, on est exposé à une apparition brusque du typhus.

Il en est du reste de même pour la peste et le choléra.

De ce fait, il ressort l'indication impérative de procéder à l'épouillage systématique et complet de tous les travailleurs immigrants au port ou à la frontière, en même temps qu'on les vaccine.

ORGANISATION PROPHYLACTIQUE CONTRE LE PALUDISME

Le paludisme qui avait presque complètement disparu de la France avant la guerre, y a été ramené par l'immigration militaire d'abord, puis par l'immigration de la main-d'œuvre étrangère.

La prophylaxie ne fut organisée sur une vaste échelle, qu'en 1917 et 1918. Le danger, ici, n'étant pas immédiat, l'individu paludique n'étant contagieux, que s'il infecte un anophèle qui transportera l'hématozoaire sur un autre individu.

Par conséquent, ici, le problème ne se pose pas de la même façon que pour les deux maladies précédentes, car un individu paludéen n'est contagieux que s'il se trouve dans une région où il y a des anophèles.

Cependant si l'immigrant est paludéen, ce qui est fréquent pour les Nord-Africains et les Orientaux, il importe sinon, de stériliser, au moins d'atténuer son paludisme de façon qu'il ne puisse infecter les insectes vecteurs.

Mais cette stérilisation n'est possible que lorsque l'immigrant est fixé (généralement pour un an dans les contrats d'engagement de travail). Et c'est là, au point de rassemblement des ouvriers qu'il faut donner la quinine, soit préventivement, soit curativement : c'est en principe le médecin de l'usine ou de l'entreprise qui devra examiner le sang des immigrants et les quininiser. S'il ne le fait pas, le Bureau municipal d'Hygiène devra intervenir et se chargera de cette prophylaxie paludéenne. Cette prophylaxie entendue de cette façon n'engendrerait aucun frais nouveau à l'Etat, car les organismes officiels existent déjà.

Pour la main-d'œuvre agricole étrangère, travaillant assez fréquemment dans des régions marécageuses à anophèles (comme dans l'Hérault), la question fut réglée par un certain nombre de viticulteurs déjà bien avant la guerre, où ces derniers avaient pris l'habitude de fournir la quinine préventive à leur vendangeurs pendant toute la durée de leur séjour. Ce que ces viticulteurs de l'Hérault avaient organisé, dit M. Martial dans son rapport, pourrait être aisément imité par les fermiers des autres régions françaises.

ORGANISATION PROPHYLACTIQUE CONTRE LES PARASITES INTESTINAUX

Les parasites intestinaux nous ont surtout été apportés par les Orientaux : Chinois, Indochinois, Indous.

Mais la contagion est ici multiple, car certains de ces parasites s'attaquent non seulement à l'homme, mais également aux animaux.

Pendant la guerre, un grand nombre d'immigrants Indochinois sont venus travailler en France.

70 % portaient au moins un parasite dans leur intestin, plus de 20 % en portaient trois ou quatre (ascarides, tricocéphale, ankylostome, douve sinensis).

Comme pour le paludisme, la prophylaxie à la frontière est nulle pour ces parasites intestinaux. L'action sanitaire ne peut se faire sentir qu'au point de rassemblement à l'usine, à la fabrique ou à la ferme. Là, le médecin devrait avoir un petit laboratoire, prescrire et surveiller la thérapeutique.

A cette prophylaxie en quelque sorte individuelle, devrait être jointe une prophylaxie commune : la destruction des matières fécales parasitées, pour éviter leur projection sur le sol, et par suite, la propagation des germes infectieux.

Malheureusement, dans un grand nombre de régions, il existe encore des tinettes qui restent les instruments de propagation de ces parasites intestinaux et qu'il faudrait supprimer le plus rapidement possible.

De ce qui précède, nous pouvons tirer une indication au point de vue de la prophylaxie qu'il y aurait lieu d'instituer vis-à-vis des maladies infectieuses importées par les immigrants.

Il y aurait lieu surtout de ne pas abandonner les mesures prises contre le paludisme et les parasites intestinaux, qu'on semble avoir presque entièrement délaissées depuis 1918.

L'organisation actuelle est trop rudimentaire au point de vue sanitaire et trop uniquement policière.

Notre appel à la main-d'œuvre s'est traduit par des traités de travail passés avec l'Italie, la Tchéco-Slovaquie, la Pologne, mais dans ces traités, il n'est question que des avantages réservés aux travailleurs, et il n'y est malheureusement

pas question de réglementation sanitaire. Cela tient à ce que nous n'avons pas en France, de législation de l'Immigration.

Maintenant que nous avons vu de quelle façon se faisait le recrutement de la main-d'œuvre étrangère, nous allons citer quelques chiffres afin de montrer tout l'intérêt du problème.

Le nombre des immigrants venant chez nous est, en effet, croissant d'année en année.

La France a reçu en 1922 170.000 immigrants.

en 1923 262.800 immigrants.

en 1924 382.725 immigrants.

La majorité de ces immigrants (près de quatre vingts pour cent) demeurent en France plus d'un an. Les autres sont des « saisonniers » qui repartent ensuite vers une destinée meilleure.

Les Européens immigrants, s'ils étaient assimilés, pourraient remédier jusqu'à un certain point à la crise de la natalité que nous subissons chez nous. Mais pour cela, il faudrait d'abord qu'ils fassent chez nous un séjour prolongé, et de plus, qu'ils apprennent notre langue. D'autre part, cette assimilation ne serait désirable que si ces immigrants réalisent certaines conditions de santé morale et physique.

Le *Foyer Français*, dont nous avons déjà parlé au début de ce travail, s'occupe précisément de cette assimilation des étrangers, en favorisant leur naturalisation.

La question s'était posée dans le but de savoir quelles conditions sanitaires il fallait exiger des étrangers pour leur naturalisation.

Le Professeur Léon Bernard fait alors remarquer que l'examen sanitaire, au moment de la naturalisation, est trop tardif, car si l'on refuse à un étranger sa naturalisation pour

une raison de santé, il n'en restera pas moins en France et il fera peser sur la collectivité française, lui, étranger, les conséquences de son état de santé défectueux.

Il ne semble donc pas qu'il y ait lieu de surseoir à la naturalisation pour raison de santé, car ainsi les frais d'assistance seront supportés au bénéfice d'un compatriote dont on peut espérer, qu'au moins la progéniture, devenue française sera profitable au pays.

Tout au plus, le Professeur Léon Bernard pense qu'on pourrait exclure quelques maladies particulières, telles que l'aliénation mentale, ou les toxicomanies, et surtout l'alcoolisme, car ces états pathologiques pourraient avoir des conséquences fâcheuses sur la descendance et la constitution de la race. C'est à la suite de cette discussion que M. le Président Painlevé a demandé au *Foyer Français*, la constitution d'une Commission sanitaire, dans le but d'approfondir le contrôle du problème sanitaire de l'immigration, et d'apporter aux Pouvoirs publics une étude préalable et toutes suggestions utiles qui puissent leur permettre d'exercer à ce sujet une action réalisatrice qui n'appartient qu'à eux.

Cette Commission, présidée par M. le Professeur Léon Bernard, était composée de :

M. le Docteur Halbron, médecin des hôpitaux.

M. Roger, ancien président de la Chambre de Commerce de Paris.

M. Garnier, du Ministère de l'Intérieur.

M. Harismendy, sous-directeur au Ministère des Affaires étrangères.

M. Lebelle, du Ministère du Travail.

M. R.-A. Olchanski, vice-président du Foyer Français.

M. Lisbonne, secrétaire général du Foyer Français.

Cette commission a chargé le Docteur Halbron d'étudier spécialement le fonctionnement du contrôle sanitaire aux Etats-Unis et aux Dominions Anglais, afin de se rendre compte, de ce qu'il sera possible de faire chez nous, en ce qui concerne le Contrôle Sanitaire des Immigrants.

Nous tenons à remercier ici, notre maître, le Docteur Halbron et M. R.-A. Olchanski, de l'amabilité qu'ils ont eue de nous fournir les documents relatifs au contrôle sanitaire organisé aux Etats-Unis et qui ont paru dans le rapport du Professeur Léon Bernard concernant l'Immigration (*Compte rendu du Foyer Français*, années 1924-1925).

« La race autochtone des Etats-Unis ne s'est infiltrée dans sa composition, à l'origine, que par des unités indosolubles et depuis trois cents ans, des éléments étrangers se sont successivement ajoutés, les uns aux autres : Blancs d'Europe, Noirs d'Afrique, et Jaunes d'Asie, Blancs surtout qui proliférant eux-mêmes, en culture pure ou presque, ont vu leurs souches primitives s'augmenter à chaque génération d'afflux nouveaux.

Le phénomène ethnique retient depuis quelques années l'attention des Américains. Le problème de la race, est au premier plan, et à côté de lui, le point de vue sanitaire. Le point de vue moral et celui des nationalités occupe une large place.

Et à cet effet, quoique les méthodes américaines ne puissent être intégralement transplantées en France, elles peuvent nous fournir des exemples et des inspirations.

Comme le fait remarquer le Professeur Léon Bernard, la question est considérée là-bas comme une question natio-

nale intérieure. Les Américains la traitent sans se préoccuper des réactions de l'Etranger.

Les Etats-Unis ont codifié l'Immigration par une série de Lois (de 1917 à 1922) et par des règlements très complets.

Le droit d'entrée est refusé à de nombreuses catégories d'étrangers et parmi les causes d'exclusion, on trouve aussi bien l'énumération de maladies que les opinions subversives, soigneusement cataloguées, ou que les occupations immorales et tout ce qui se rattache à la prostitution.

L'acte fondamental du 5 février 1917, dans sa section 3, spécifie que le droit d'entrée aux Etats-Unis est refusé aux catégories d'étrangers ci-après : « idiots, imbéciles, faibles d'esprit, épileptiques, aliénés, les personnes qui ont eu une ou plusieurs crises de folie, quelle qu'en soit l'époque, les personnes atteintes d'alcoolisme chronique, les personnes atteintes de tuberculose, quelle qu'en soit la forme, ou d'une maladie contagieuse, repoussante ou dangereuse et toutes personnes non comprises dans les classes ci-dessus, dont il est constaté et certifié par le médecin examinant qu'elles sont dans un état d'infériorité mentale ou physique de nature à nuire à leur faculté de gagner leur vie ».

Dans cette énumération on trouve, en réalité, trois classes d'indésirables, les contagieux, les individus tarés au point de vue mental, donc inutiles, coûteux et générateurs de débilés, et enfin les immigrants incapables de gagner leur vie et susceptibles d'être à charge à la communauté. Il y a donc à ces prohibitions des raisons purement sanitaires, le souci de protéger la race, et enfin, des précautions d'ordre économique.

L'exécution de ces prescriptions est très minutieusement

prévue par des règlements; les officiers de l'immigration doivent y veiller et le service de l'immigration comporte un personnel médical spécialisé. Les examens sont faits par des fonctionnaires du service de la Santé Publique, devant avoir au moins deux ans de pratique.

La surveillance de l'immigration est facilitée par le fait que les étrangers arrivent en grande majorité par mer.

L'immigrant doit faire une déclaration suivant laquelle il n'est pas malade et n'a jamais été interné.

La santé des immigrants doit être vérifiée avant le départ par le médecin du bord, et s'il n'y en a pas, par un médecin capable, au service des propriétaires du bateau. Les déclarations sont de plus, confirmées devant un fonctionnaire consulaire des Etats-Unis.

Les déclarations sont vérifiées pendant la traversée. A l'arrivée un examen de santé est fait par les fonctionnaires du Service de Santé Publique.

Tous les individus qui ne sont pas en règle avec la loi sont refoulés sur leur port d'origine.

Le cas est prévu d'un individu indésirable pour cause de maladie et voulant se faire soigner aux Etats-Unis. En ce cas, il ne pourra atterrir que si le secrétaire du Travail est convaincu qu'il serait inhumain de refuser des soins, ou que ce serait une cause de souffrances excessives; mais alors l'étranger est traité à l'hôpital, sous la surveillance des fonctionnaires de l'immigration et aux frais du bateau qui l'a transporté.

Un des points les plus intéressants et une des dispositions les plus efficaces de la loi est celle qui met en cause ceux qui ont amené aux Etats-Unis un indésirable. Voici le texte :

« Il est interdit à toute personne et à toute Compagnie de
« Transport (autre que les Compagnies de Chemins de fer
« qui relient les Etats-Unis aux pays étrangers limitrophes),
« à tout propriétaire, capitaine, agent ou consignataire de
« bateau, d'amener aux Etats-Unis, venant soit de pays
« étrangers, soit des Etats-Unis insulaires, aucun étranger
« atteint d'idiotie, d'aliénation, d'imbécilité, de faiblesse d'es-
« prit, d'alcoolisme chronique, de tuberculose, quelle qu'en
« soit la forme, ou d'une maladie contagieuse repoussante et
« dangereuse ». Dans le cas, où le Ministre du Travail
acquiert la conviction qu'un étranger ainsi amené aux Etats-
Unis était atteint d'une des dites maladies ou incapacités à
l'époque de son embarquement et que l'existence de celles-ci
aurait pu être alors révélée par un examen médical sérieux,
les personnes ou Compagnies de Transport, le capitaine,
l'agent ou le consignataire du bateau paieront au receveur des
douanes du district où se trouve le port d'arrivée du bateau
une somme de deux cents dollars et en surplus le montant de
la somme déboursée par l'étranger pour son transport depuis
le point de départ indiqué sur son billet, jusqu'au port d'ar-
rivée. Cette dernière somme sera remise par le receveur des
douanes à l'étranger au sujet duquel la perception aura été
faite. Des dispositions analogues s'appliquent à ceux qui
auront amené un étranger atteint d'une maladie mentale autre
que celles qui ont été spécifiées plus haut ou se trouvant dans
un état d'infériorité physique de nature à amoindrir sa faculté
de gagner sa vie.

Par une disposition analogue, si un immigrant indésira-
ble est dans un état qui oblige à le garder par humanité en
traitement dans un hôpital des Etats-Unis, les frais de séjour

et de traitement à l'hôpital seront à la charge du bateau transporteur.

Les marins et tout le personnel à bord des bateaux arrivant aux Etats-Unis, sont soumis aux mêmes prescriptions de santé, et s'il est des marins ne possédant pas les conditions requises pour l'immigration, les capitaines et propriétaires du bateau sont soumis aux mêmes sanctions que pour les immigrants.

L'attribution de la responsabilité des erreurs ou infractions à la charge des Compagnies de Transport a été l'une des mesures les plus propres à faire respecter les prescriptions réglementaires, mais il en est résulté aussi que notre pays en a été la victime la plus certaine, car les immigrants à destination de l'Amérique, lorsqu'ils sont reconnus indésirables aux ports français d'embarquement par les Compagnies de Transport, sont refusés par celles-ci et demeurent alors sur notre territoire, qui devient ainsi je ne sais quel dépotoir de déchets humains ou sociaux.

Les Dominions Anglais ont des règlements assez comparables entre eux et analogues à ceux des Etats-Unis. L'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Afrique du Sud, le Canada, réclament de l'immigrant un certificat de santé et peuvent lui imposer un examen médical à l'arrivée. Sans parler des cas de prohibitions pour motifs de moralité ou d'opinions subversives, sont éliminés les sujets atteints de maladies contagieuses ou répugnantes, ceux qui présentent des troubles mentaux ou de l'épilepsie, ou de l'idiotie, les sourds-muets, les aveugles, les infirmes et en général tous les individus qui ne possèdent pas le certificat de santé. Ces différents pays interdisent aussi l'entrée aux individus incapables de gagner leur

vie et dont l'état de santé est tel qu'ils seront à la charge de la collectivité.

La tuberculose est, en général, désignée particulièrement parmi les causes d'éviction. On ne fait pas mention de la forme, des degrés, du caractère plus ou moins contagieux. La prohibition est totale, et l'Afrique du Sud qui envisageait l'entrée de certains tuberculeux, s'ils se soumettaient à des mesures d'hygiène sérieuses, a depuis, supprimé cette tolérance. L'Afrique du Sud spécifie un certain nombre de cas de prohibition : outre la lèpre, ce sont le trachome, le favus, le framboesia, la syphilis et la gale. L'Australie est particulièrement sévère pour les cas d'aliénation : est prohibée l'entrée de toute personne qui a été aliénée depuis moins de cinq ans, ou qui a déjà présenté antérieurement au moins deux crises d'aliénation mentale.

Les Républiques de l'Amérique du Sud prennent également des mesures pour éviter l'entrée d'immigrants malades. La République d'Argentine réclame un certificat de non aliénation. Le Brésil exige le certificat que l'immigrant n'est atteint d'aucune maladie contagieuse ou incurable. Il en est de même de l'Uruguay.

En plus, ces divers Etats exigent un certificat d'aptitude au travail.

Nous nous rendons compte, d'après la documentation qui précède, de la facilité avec laquelle les Etats-Unis éliminent les immigrants indésirables, quant au point de vue sanitaire et moral.

D'autre part, un candidat à l'immigration d'un pays quelconque ne peut être admis qu'à la condition que le quantum fixé pour ce pays ne soit pas atteint. L'immigrant arrivant

par voie de terre ne peut être admis que s'il a séjourné au moins deux ans dans un pays limitrophe.

En 1924, la Conférence Internationale de l'Emigration et de l'Immigration, de Rome, a jeté les bases d'une législation internationale, le phénomène de l'immigration ayant pris un développement mondial.

Il s'agit de préparer les accords pluri-latéraux relatifs à l'hygiène et à la prophylaxie; les accords relatifs aux transports, à l'assistance aux immigrants, aux femmes, aux jeunes filles, enfants, etc..., et faire en sorte que ces mouvantes masses humaines ne fassent plus courir que le minimum de risques à elles-mêmes, aussi bien qu'aux pays qu'elles traversent et à ceux où elles s'arrêtent.

Une autre conférence est prévue pour 1927, et qui élargira sans doute encore son œuvre. D'autre part, le Comité d'Hygiène de la Société des Nations a décidé de porter à l'ordre de ses études la question de l'émigration et a émis le vœu que, dans la révision de la Convention Sanitaire Internationale de 1902, à laquelle il va être procédé, il soit fait une place à cette question.

L'Hospitalisation des Etrangers

C'est en novembre 1925, que M. Prosper-Emile Weil, médecin de l'hôpital Tenon, frappé, comme la plupart des médecins des Hôpitaux de Paris, du nombre croissant d'étrangers hospitalisés, souleva la question de l'encombrement de nos hôpitaux par les étrangers.

Dans une statistique qu'il rapporte à l'Académie de Médecine, il donne les chiffres suivants :

Admis à l'hôpital Tenon, en six mois (octobre 1924 à mars 1925), 8.321 Français pour 537 Etrangers, soit 6,4 % d'étrangers.

Les nationalités se répartissent comme suit :

Anglais	10
Allemands	9
Autrichiens	9
Américain (Sud)	1
Belges	96
Bulgares	3
Espagnols	22
Hollandais	4
Italiens	117
Portugais	2
Polonais	66
Russes	26
Roumains	9

Suisses	33
Serbes	9
Tchèques	6
Turcs-Arméniens	40
Tunisiens-Marocains	41

Mais la grosse question était de savoir depuis combien de temps ces malades étaient en France, quel était leur état de santé antérieur à leur venue chez nous, depuis combien de temps ils travaillaient et quelle était leur charge de famille ?

Aussi, M. P.-E. Weil fit une enquête dans son service personnel et fit connaître les résultats suivants :

Il a noté que 30 Etrangers avaient été admis contre 385 Français, soit une proportion de 7 %.

Les malades se répartissent ainsi :

- 7 Italiens ;
- 4 Arméniens ;
- 3 Marocains ;
- 2 Allemands ;
- 1 Grec ;
- 1 Tchèque ;
- 1 Suisse ;
- 2 Russes ;
- 2 Espagnols ;
- 3 Belges ;
- 1 Syrien ;
- 1 Polonais.

Les affections dont ces malades étaient atteints peuvent se classer de la façon suivante :

Affections passagères	10
Syphilis du foie, aorte, cerveau	3

Tuberculose pulmonaire et méningée	9
Rhumatismes blennorrhagiques	2
Rhumatismes chroniques	2
Cancer de l'œsophage	1
Cardiopathies chroniques	3

D'après cette statistique, le Docteur P.-E. Weil conclut que 33 % seulement des malades sont atteints de maladies bénignes, et 66 % de lésions persistantes, diminuant leur valeur sociale d'une façon plus ou moins importante, et par conséquent, devant fatalement tomber à la charge de l'Assistance Publique.

Il remarque que la plupart des malades ne sont en France que depuis quelques mois, certains, quelques années. Ils disent, en général, être arrivés en France en bonne santé et être malades depuis peu.

M. P.-E. Weil fait remarquer également la fréquence de la tuberculose et des bronchites chroniques chez les Tunisiens et les Marocains qui semblent mal s'acclimater en France. Une syphilis ancienne est relevée chez trois des malades. Les $\frac{2}{3}$ sont célibataires, mais $\frac{1}{3}$ est marié et chargé de famille.

Il conclut :

« De cette statistique, ressort que le nombre des étrangers soignés dans les hôpitaux est considérable, que beaucoup sont atteints d'affections chroniques qui leur enlèvent toute valeur fonctionnelle, et les mettent à la charge de la collectivité, que parmi ceux-ci, un nombre assez important est porteur d'affections contagieuses, en l'espèce, la tuberculose pulmonaire et constituent des foyers nouveaux de contamination ».

Il termine en demandant de prendre les mesures nécessaires pour régler l'immigration et d'exiger des étrangers pour leur admission en France, un certain « Capital-Santé ».

A la suite de cette communication, le Professeur Léon Bernard approuve les conclusions de M. P.-E. Weil, il cite les chiffres de l'Immigration en 1924 (265.000 travailleurs étrangers contrôlés, sans compter les 20 ou 30.000 qui échappent à notre contrôle). Il rappelle qu'il a mentionné dans la *Revue d'Hygiène* de septembre 1925, les mesures qu'il y aurait lieu de prendre au sujet du contrôle sanitaire des immigrants, et soumet à l'Académie de Médecine, le vœu suivant :

« L'Académie de Médecine, informée du nombre considérable d'étrangers soignés dans nos hôpitaux, alors qu'ils étaient plus ou moins récemment entrés dans notre pays, sans avoir été au préalable soumis à un examen médical suffisant, émue des conséquences fâcheuses de cet état de choses, tant au point de vue des charges d'assistance, que des dangers pour la Santé Publique qu'il entraîne, demande aux Pouvoirs Publics d'organiser sans retard, le contrôle sanitaire de l'Immigration, notamment aux frontières de terre ».

En outre, le Professeur Achard rappela à cette séance que la statistique qu'il a faite à l'hôpital Beaujon, lui a donné une proportion de 13 % d'étrangers. Diverses maladies ont été notées, mais il signale plus spécialement 1/3 environ de tuberculeux chez les étrangers.

Il signale, en outre, la tuberculose chez cinq Algériens sur sept hospitalisés et chez trois Marocains sur 10. Il fait

également remarquer qu'il ne fait pas entrer en ligne de compte les bronchites suspectes.

En somme, ce qu'a voulu montrer M. P.-E. Weil, c'est que les étrangers qui encombrant nos hôpitaux ne sont pas tous des individus atteints de maladies aiguës contractées alors qu'ils étaient chez nous depuis un certain temps, et qu'ils y travaillaient, et que 66 % de ces derniers sont des individus qui sont venus chez nous, alors qu'ils étaient déjà malades.

Il est évident qu'un individu ayant pénétré chez nous, alors qu'il était atteint d'une cardiopathie chronique, d'une tuberculose pulmonaire en évolution, ou d'une maladie contagieuse quelconque n'est pas un individu intéressant et que c'est sur celui-là qu'aurait dû se porter l'attention à la frontière.

En janvier 1926, le Docteur A. Marie fit une communication édifiante à la Société de Médecine de Paris.

Il a noté que sur 4.000 Mentaux environ, qui passent par an dans son service, il y avait 600 étrangers environ, appartenant à 32 nationalités différentes, ne sachant pas, pour la plupart, un mot de français et atteints, pour la majorité, d'affections incurables (arriérés, démence précoce, épilepsie...), dont ils ne guériront jamais. Dès qu'ils sont admis ces individus tombent à la charge des asiles français.

A cette même époque, le Docteur Marie, après un relevé précis des aliénés étrangers hospitalisés à l'asile Saint-Anne, n'en compte pas moins de mille pour une année.

Ce contingent de débiles mentaux et d'aliénés a-t-il été fourni par la main-d'œuvre industrielle et agricole que nous recevions de l'étranger ? On ne saurait l'admettre un seul instant, c'est un contingent tout à fait spécial qui n'a passé

nos frontières que parce qu'on entre trop facilement en France.

En janvier 1926, le Docteur Apert signale qu'une enquête personnelle lui a montré que dans les hôpitaux d'enfants, on comptait environ 10 % de petits étrangers.

Au cours de cette même séance, du 19 janvier 1926, à l'Académie de Médecine de Paris, le Professeur Jeanselme cite les chiffres suivants qu'il a recueillis dans son service.

Sur 254 syphilitiques alors en traitement, il note 50 étrangers, soit 20 pour cent ; mais si l'on considère que ces étrangers sont tous ou presque du sexe masculin, on arrive à la proportion de 34,4 pour cent de syphilitiques étrangers parmi les hommes.

Le Professeur Jeanselme en conclut : « que cette immigration d'étrangers syphilitiques est une des causes de la recrudescence de la syphilis en France, dans la classe ouvrière ».

Il est cependant obligé de constater que sur ces cinquante syphilitiques, 17 % seulement ont importé leur syphilis alors que 83 l'ont contractée en France.

Et comme le fait justement remarquer le Professeur Léon Bernard à ce sujet, n'est-ce pas ces 83 % qui auraient lieu de se plaindre ?

M. J. Chappe, dans la *Revue Internationale du Trachome* (Juillet 1926), constate que nous assistons à une véritable immigration trachomateuse en France et qu'il ne semble pas que nous prenions toutes les précautions indispensables pour lutter contre ce fléau national et social : national, parce qu'il met à notre charge des soins et des indemnités à des individus malades avant leur arrivée en France ; social, parce qu'il est une

source de nouvelles contagions d'une maladie des yeux, dangereuse entre toutes.

Mais il se demande s'il existe vraiment autant de trachomateux qu'on veut bien le dire, parmi la main-d'œuvre étrangère ?

Il a examiné systématiquement, au point de vue oculaire, tous les ouvriers étrangers travaillant dans deux usines des environs de Paris.

Première Usine : Compte 400 ouvriers, dont 157 étrangers, se répartissant en : 50 Polonais, 34 Chinois, 32 Espagnols, 24 Tchèques, 7 Serbes, 3 Italiens, 2 Russes, 2 Bulgares, 1 Algérien, 1 Belge, 1 Suisse.

Parmi les 50 Polonais, 1 trachomateux.

» 34 Chinois, 9 trachomateux et deux cas douteux.

» 32 Espagnols 1 trachomateux.

Rien chez les autres.

Soit 11 trachomateux sur 157 étrangers, donc une proportion de 6,5 %.

Deuxième Usine : 400 ouvriers, dont 162 étrangers, parmi lesquels :

122 Marocains, 10 Algériens, 20 Polonais, 10 Italiens.

Sur les 132 Marocains et Algériens : 35 trachomateux et 7 cas douteux.

Un seul chez les Polonais.

Pas chez les Italiens.

Donc 36 trachomes pour 162 ouvriers, soit 18 %.

Et M. J. Chappe conclut que parmi les ouvriers étrangers employés en France, il a observé que les Chinois, les Marocains et les Algériens présentent une proportion très importante de trachomateux.

Il fait remarquer que cette statistique est toute relative,

étant donné le petit nombre de sujets examinés, mais qu'elle est suffisante pour confirmer la véritable immigration trachomateuse que nous subissons en France, depuis la guerre et il demande que l'on prenne, en établissant une barrière sanitaire plus efficace, les mesures nécessaires pour limiter la contagion de cette maladie si grave et si facilement transmissible.

*
**

Nous nous sommes livrés personnellement à une enquête à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre Maître, le Docteur Halbron.

Ont été admis dans ce service, du 1^{er} janvier au 1^{er} septembre 1926 :

FRANÇAIS : 340 hommes et 262 femmes.

soit un total de 602 Français, plus 6 Algériens.

ETRANGERS : 42 hommes et 16 femmes.

soit un total de 58 étrangers.

Les proportions des étrangers pour ce service sont donc :

Pour les hommes 10.8 %.

Pour les femmes 5.7 %.

Pour le total 8.8 %.

Les nationalités se répartissant comme suit :

42 Hommes : 11 Polonais.

7 Italiens.

2 Espagnols.

2 Hongrois.

3 Suisses.

1 Turc.

2 Egyptiens.

- 6 Russes.
- 1 Bulgare.
- 1 Chinois.
- 2 Belges.
- 1 Tchécoslovaque.
- 1 Marocain.
- 1 Abyssin.
- 1 Persan.
- 16 Femmes : 1 Belge.
- 1 Turquie.
- 2 Italiennes.
- 2 Hongroises.
- 7 Polonaises.
- 1 Anglaise.
- 1 Russe.
- 1 Espagnole.

Les maladies constatées chez les hommes peuvent se classer de la façon suivante :

31 *maladies aiguës* : 1 rhumatisme, 5 bronchites, 2 angines, 3 dyspepsies, 2 ictères, 1 hémoptysie non bacillaire, 1 empoisonnement par le véronal, 1 suette miliaire, 1 coma, 13 fatigues et asthénies (?) qui ne sont passées qu'un jour ou deux dans le service.

11 *maladies chroniques* : 6 tuberculoses pulmonaires, 2 pleurésies, 1 laryngite tuberculeuse, 1 myocardite, 1 abcès froid tuberculeux.

Soit 11 chroniques pour 31 aigus, soit 25 % de chroniques chez les hommes.

Chez les femmes, les maladies se répartissent de la façon suivante :

11 *maladies aiguës* : 1 leucémie aiguë, 1 broncho-pneumonie, 1 infection puerpérale, 1 coma urémique, 1 ictère infectieux, 1 congestion pulmonaire, 1 embarras gastrique, 1 angine, 1 migraine, 2 asthéniques (?)

5 *maladies chroniques* : 2 tuberculoses pulmonaires, 2 néphrites chroniques, 1 rhumatisme.

Soit 5 chroniques pour 11 aiguës, donc 31,3 % de chroniques chez les femmes.

Comme l'a fait remarquer M. P.-E. Weil, ce qu'il y a de frappant dans les maladies chroniques, c'est la prédominance manifeste de la tuberculose.

En effet, on note 10 tuberculeux pour 58 malades, soit plus de 17 % de tuberculeux parmi les étrangers du service.

Nous voyons donc, malgré l'infériorité des chiffres de notre statistique, sur ceux qui ont été cités par ailleurs, qu'il n'en est pas moins vrai qu'il existe un réel danger, surtout en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire.

Nous verrons plus loin, lorsque nous aurons expliqué le contrôle sanitaire, qu'il serait bon d'instituer pour les immigrants, les résultats qu'aurait donnés ce contrôle sur les malades du service de notre Maître, le Docteur Halbron.

■
**

Cet encombrement de nos hôpitaux n'est pas spécial à Paris. En effet, au cours de la séance du 19 janvier 1926, à l'Académie de Médecine de Paris, M. Cazeneuve s'inquiéta également de l'encombrement des hôpitaux de Lyon.

La ville de Lyon compte en effet, à elle seule, 80.000 étrangers sur les 4.000.000 environ répandus dans toute la France.

En 1923, le nombre des étrangers hospitalisés à Lyon était de 1.519, soit 4,55 % du total des malades.

En 1924, on en compte 2.306, soit 6,30 %

En 1925, il y eut 2.828, soit 7,28 %

Ces chiffres sont suffisamment éloquentes par eux mêmes et montrent qu'à Lyon comme à Paris, le problème de l'hospitalisation des étrangers se pose d'une façon impérieuse.

*
**

A la séance du 20 juillet 1926, à l'Académie de Médecine, le Docteur L. Imbert parle des hôpitaux de Marseille.

Au sujet des étrangers, il dit : « Je ne crois pas qu'il existe en France une ville plus chargée que Marseille. C'est que la cité Phocéenne est une sorte de capitale de la Méditerranée, or les pays qui bordent cette mer comptent parmi les plus évolués et les plus arriérés (Riff, Tripolitaine, Syrie...) » et de ces pays à évolution plus lente, les habitants viennent chez nous espérant y trouver une destinée meilleure et gagner leur vie en travaillant. Mais ils n'y viennent pas tous en bonne santé, ni surtout bien régulièrement et la récente affaire du « Sidi Ferruch » nous a montré l'existence d'une véritable contrebande spéciale, dont le but est double : ne pas payer le prix du voyage, à qui doit le percevoir, et surtout, tromper le service sanitaire — et naturellement, quelques uns de ces malheureux échoueront dans les hôpitaux de Marseille.

Monsieur Imbert note également que du fait de sa situation, Marseille a subi de véritables invasions après la guerre. « Après le désastre de l'armée Wrangel, comme après l'incendie de Smyrne, comme après les expulsions de Cons-

« tantinople..., c'est par centaines que des misérables, sou-
« vent chargés de famille, ont fui vers le port et envahi les
« bateaux, d'où on n'a pas osé les chasser. Tout naturelle-
« ment, ils sont venus en France, c'est-à-dire à Marseille.
« C'est miracle qu'ils n'aient pas créé chez nous un péril sa-
« nitaire. Mais contagieux ou non, les malades étaient nom-
« breux. Le Gouvernement a invité Préfet et Municipalité à
« les recevoir, et les hôpitaux de Marseille, déjà surchargés,
« ont été débordés. »

Puis M. Imbert cite des chiffres :

En 1922, sur 19.780 malades soignés dans les hôpitaux de Marseille, on note 4.838 étrangers, soit 24 %.

En 1923, sur 23.092 malades, 6.449 étrangers, soit 27 %.

En 1924, sur 24.859 malades, 7.646 étrangers, soit 30 %.

En 1925, sur 25.248 malades, 7.215 étrangers, soit 28 %.

La proportion moyenne des étrangers oscille donc entre 25 et 30 % et comme le dit justement M. Imbert, « Nulle part le danger de cette situation n'est aussi grave qu'à Marseille. »

Il parle de la charge financière énorme que fait supporter à la Ville de Marseille « notre hospitalité généreuse et diligente », mais en dehors de cette question budgétaire, il fait la douloureuse constatation suivante : c'est que les milliers d'étrangers reçus dans nos hôpitaux sont compensés par un nombre important de malades français qui ne le sont pas. » Car chacun connaît le prodigieux encombrement des hôpitaux de Marseille, et là comme ailleurs, il y a une limite qu'il est matériellement impossible de dépasser.

Il fait également une distinction entre les étrangers, et place les Italiens à part. Il évalue le nombre de ces derniers à 125.000 sur 625.000 habitants que compte Marseille, les

considère, jusqu'à un certain point, comme assimilés à nous et montre leur influence qui s'exerce jusque sur le patois de Marseille. Ceux-là, il les considère presque comme des indigènes à qui l'assistance médicale ne peut, ni ne doit être refusée, mais il serait heureux que le gouvernement italien fasse quelque chose pour ses sujets établis à Marseille. Il pense que « ce ne serait pas un bien grand effort pour ce gouvernement que de créer un hôpital à Marseille, ou mieux encore, de subventionner nos hôpitaux dans la proportion même où ils assurent l'assistance aux sujets italiens ».

Selon M. Imbert, les autres étrangers sont pour la plupart d'une indigence que nous ne connaissons guère en dehors d'eux. Ce sont des familles entières vivant du travail de leur chef, lequel ne comprend généralement pas le français, et réduites à la mendicité pour une maladie de quelques jours, ou même, pour une journée de travail manquée.

Par conséquent, nous voyons qu'à Marseille, plus encore que dans les autres villes, le péril est grand.

* *

Il est évident que ces chiffres sont impressionnants et demandent une analyse.

1° Un certain nombre de ces étrangers ne peuvent pas ne pas être admis, étant donné les conventions de réciprocité que nous possédons avec certains pays et qui font que nous devons traiter leurs nationaux chez nous, comme les nôtres le sont chez eux. Il va sans dire que cette situation est très désavantageuse pour nous, qui fournissons peu d'immigrants aux autres pays.

2° Il ne faut pas oublier, quand on parle de la présence de nombreux étrangers dans nos hôpitaux, que c'est la con-

tre-partie des étrangers qui rendent des services, en l'absence de notre main-d'œuvre nationale.

Qu'il s'agisse d'accidents de travail, de maladies professionnelles ou de maladies accidentelles ou endémiques contractées en France, leur hospitalité est une nécessité.

Au contraire, le grand nombre d'affections chroniques constatées dans nos hôpitaux et ayant débuté avant l'entrée de l'étranger en France, fait regretter qu'une meilleure réglementation de l'immigration n'ait pu empêcher la pénétration chez nous de ces véritables indésirables.

La question du contrôle sanitaire

En somme le problème se pose de la façon suivante :

Nous avons fait appel à la main-d'œuvre étrangère parce que nous en avions besoin, mais nous n'avons pas su prendre toutes les mesures sanitaires nécessaires pour empêcher l'entrée des étrangers malades, ce qui nous a valu l'encombrement de nos hôpitaux.

M. Remlinger cite comme autre facteur de l'encombrement de nos hôpitaux, les étrangers venus spécialement en France pour se faire soigner. Nous devons avouer que, pour notre part, nous n'avons pas eu l'occasion d'en rencontrer une grande quantité. Nous ne nions pas le fait, qui est certain, mais nous tenons à faire remarquer cependant que ces malades sont dans une proportion infime et que ce n'est pas là. à notre avis, le point important qui domine notre encombrement hospitalier.

Tout d'abord, nous ne devons pas oublier que les étrangers que nous recrutons sont des individus qui étaient malheureux dans leur pays, qui y gagnaient péniblement leur vie ou y végétaient misérablement. Il est de toute évidence que c'est l'espoir d'une vie meilleure qui les a poussés à venir. Nous avons fait appel à eux pour venir travailler chez nous. ils ont entendu notre appel, ils sont venus et ils travaillent. Mais il faut savoir dans quelles conditions matérielles ils vivent chez nous ; habitant le plus souvent des taudis insalubres

et se privant sur leur nourriture afin de pouvoir envoyer un peu d'argent à ceux qu'ils ont laissés au pays et qui sont bien plus misérables qu'eux-mêmes, qui ont pu trouver un pays hospitalier où ils peuvent vivre et travailler sans crainte.

En somme, et cela est assez compréhensible, ceux qui sont venus chez nous pour y travailler sont surtout des individus pauvres, matériellement et physiquement. Le fait de l'existence généralement médiocre qu'ils mènent chez nous, et cela parce que ce sont des ouvriers qui travaillent à salaire moindre, fait qu'ils sont frappés plus facilement que d'autres par la maladie.

Nous avons, là, un premier contingent de malades de nos hôpitaux, celui des étrangers hospitalisés pour maladies aiguës. Mais ceux-là, ce sont les travailleurs intéressants, ce sont d'honnêtes gens à qui nous devons toute notre aide et toute notre assistance.

Mais à côté de ces étrangers honnêtes et sympathiques, nous en avons toute une autre catégorie qui a su profiter de notre manque d'organisation sanitaire, pour venir travailler chez nous en s'infiltrant entre les postes sanitaires organisés. Ils ont bien cherché à s'employer, mais ils ont travaillé peu de temps et sont tombés à la charge de l'Assistance publique presque immédiatement.

C'est sur ces derniers surtout qu'une barrière prophylactique sérieuse, organisée à notre frontière, pourrait porter ses fruits et empêcher l'apport de maladies contagieuses ou de maladies chroniques et plus spécialement de la tuberculose pulmonaire.

Nous ne devons pas songer à tarir cette main-d'œuvre étrangère, car un grand nombre de chefs d'industrie déclai-

rent que sans elle, ils seraient obligés de fermer leurs usines. parce que d'une part la guerre a diminué d'une façon considérable, la main-d'œuvre nationale, déjà déficitaire en 1914, et que, d'autre part, l'ouvrier français qui s'est généralement spécialisé, se refuse actuellement à faire certains travaux.

Nous sommes donc dans la nécessité de recourir encore à l'heure actuelle à la main-d'œuvre étrangère, mais, pour nous éviter l'apport de maladies contagieuses, il faudrait organiser un contrôle sanitaire plus sérieux que celui actuellement existant afin de limiter l'entrée de notre pays aux seuls immigrants qui possèdent un « capital-santé » suffisant.

Sans recourir aux mesures énergiques employées par les Etats-Unis vis-à-vis des immigrants et que notre législation, et nos relations avec les pays de départ nous empêchent de prendre en ce moment, il serait bon d'instituer un contrôle sanitaire plus efficace et il nous semble que le projet de Contrôle sanitaire élaboré par le Professeur Léon Bernard, et décrit dans la *Revue d'Hygiène* de septembre 1925, puisse répondre aux exigences actuelles.

Nous allons en résumer les grandes lignes.

Le Professeur Léon Bernard envisage le contrôle sanitaire à trois étapes différentes :

- a) Avant que l'étranger n'ait quitté son pays d'origine ;
- b) Lorsqu'il se présente à la frontière ;
- c) Lorsqu'il vient de s'installer dans la commune de résidence.

A) CONTROLE AU DÉPART

L'intérêt de ce contrôle est d'éviter tout d'abord des frais de déplacements onéreux à des étrangers auxquels nous

interdisons l'accès de notre territoire et de ne pas nous imposer les charges d'un refoulement.

Ce contrôle au pays d'origine est subordonné au maintien du visa de passeport qui seul permet à notre consul de connaître l'intention d'un étranger de se rendre en France. Or, depuis la guerre, le visa a été supprimé pour vingt-trois pays (1). Il y aurait lieu de voir s'il ne serait pas possible de le rétablir pour les étrangers venant occuper un emploi salarié, afin de pouvoir exercer un contrôle avant que l'ouvrier n'ait passé la frontière. (C'est ce qui existe actuellement en Suisse).

Sous cette réserve, il serait facile d'assurer le contrôle sanitaire dans les pays ayant maintenu le visa de passeport, par une simple circulaire adressée à nos consuls, leur prescrivant de ne délivrer le visa aux étrangers que sur présentation d'un certificat médical. Cette mesure, atteindrait surtout les Pays Balkaniques et du Proche Orient, qui paraissent ceux dans lesquels le contrôle sanitaire est le plus nécessaire. Pour l'Italie, nous pourrions essayer de nous entendre avec le gouvernement italien pour instituer un contrôle analogue à celui qui existe en Pologne et en Tchéco-Slovaquie, puisque nous avons conclu avec ces trois pays, des conventions d'immigration analogues.

Pour les vingt-trois pays ayant supprimé l'obligation du

(1) 1° Pays avec lesquels le passeport est supprimé : Belgique et Luxembourg.

2° Pays avec lesquels la formalité du visa de passeport est supprimée : Brésil, Empire Britannique, Cuba, Danemark, République Dominicaine, Equateur, Espagne, Honduras, Italie, Japon, Lichtenstein, Mexique, Nicaragua, Norvège, Paraguay, Pays-Bas, Salvador, Siam, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Uruguay.

passport ou de son visa, il ne semble pas possible dans l'état actuel de la réglementation d'instituer un contrôle médical au pays d'origine.

B) *CONTROLE A LA FRONTIERE*

Pour les immigrants originaires de ces vingt-trois pays, il y aurait lieu d'instituer un contrôle médical à la frontière, et il semble que l'on obtiendrait une grosse amélioration sur l'état actuel en organisant, sur une base nouvelle, les services médicaux des bureaux d'immigration afin de procéder à une visite médicale rationnelle au lieu de la simple vaccination actuellement exigée. Le Professeur Léon Bernard montre l'intérêt énorme de cette organisation du contrôle sanitaire à la frontière, en faisant remarquer que sur les 265.000 ouvriers introduits en France, en 1924, 61.000 seulement provenaient des recrutements collectifs de Pologne et de Tchéco-Slovaquie. Les 204.000 autres étrangers ayant été contrôlés par les services du Travail, ont également passés devant le représentant des services de l'Hygiène qui aurait pu, par suite les soumettre à un contrôle sanitaire sérieux.

Ces 265.000 étrangers ne représentent évidemment pas la totalité de l'immigration réalisée en 1924, mais il y a lieu de penser qu'elle en est la partie la plus importante.

Les données fournies par M. Duhamel nous montrent aisément le résultat qu'aurait donné une semblable réorganisation du contrôle sanitaire. En effet, 34 % des étrangers examinés avant le départ de Tchéco-Slovaquie et de Pologne, sont refusés. La contre-visite, effectuée pour les immigrants admis, à leur arrivée en France, ne dépiste ensuite que 0,8 pour mille de malades.

Par conséquent, si nous conservons les mêmes chiffres pour les immigrants des autres pays où nous n'avons pas de contrôle au départ, c'est 34 % d'indésirables que nous laissons pénétrer chez nous, parce que notre contrôle sanitaire de la frontière est actuellement défectueux.

C) CONTROLE A L'ARRIVÉE

Pour les étrangers pénétrant en France sans avoir déclaré à la frontière, leur situation de travailleur, ou s'étant présentés à des postes frontières dans lesquels un contrôle sanitaire n'est pas organisé, est-il possible d'envisager des mesures sanitaires au moment de la délivrance de leur carte d'identité ?

Les administrations compétentes déclarent que dans l'état actuel de nos accords internationaux, nous n'avons pas la possibilité de refouler un individu introduit sur notre territoire en invoquant une raison de santé sans soulever des protestations de la part des pays d'origine qui s'appuieront sur les traités d'établissement que nous avons conclus avec eux.

Etant donné, ces diverses considérations, voyons les conclusions formulées par le Professeur Léon Bernard.

Tout d'abord, il convient de séparer deux ordres de faits, suivant qu'on cherche le programme théorique le meilleur, ou le programme pratique le plus facilement et le plus rapidement réalisable.

Il y a intérêt à formuler un programme optimum, et c'est celui qu'il faudra tâcher de faire triompher par des tractations ultérieures internationales (Revision des traités d'établissement en particulier).

« Il n'est pas douteux, dit le Professeur Léon Bernard, que l'immigration définie par la déclaration de l'intention de

se fixer sur le territoire national devrait être subordonnée à un contrôle sanitaire au départ; c'est à la fois logique et moral ».

Mais ce programme s'il peut se réaliser dans un avenir plus ou moins proche, ne peut parer d'urgence à la situation grave actuelle.

Et nous arrivons ainsi à deux étapes différentes où doit jouer à l'heure actuelle, le contrôle sanitaire.

1° Pour les pays dont les nationaux sont soumis à l'obligation du visa de passeport pour pénétrer en France, c'est au départ même que le contrôle doit s'exercer. Des instructions seraient données aux Consuls en vue de subordonner la délivrance du visa de passeport à la production d'un certificat médical répondant aux obligations que nous énoncerons plus loin.

2° Pour les nationaux des pays pour lesquels le visa de passeport n'existe plus, il est nécessaire d'organiser un certain nombre de postes frontières, par où seraient tenus de passer les immigrants, et où le contrôle sanitaire serait exercé suivant les mêmes principes techniques.

Il existerait encore bien des fissures, mais le nombre des immigrants s'infiltrant chez nous, en éludant les prescriptions, serait infime par rapport à la masse des immigrants canalisés vers le contrôle organisé.

Et ainsi, peu à peu, on serait amené à corriger et à améliorer cette organisation, guidés par l'expérience et les nécessités.

Quelles sont maintenant les exigences minima d'un contrôle sanitaire rationnel et efficace ?

L'admission à l'Immigration devrait être subordonnée aux conditions sanitaires suivantes :

1° Absence de maladies mentales et d'épilepsie, de cécité et de surdité-mutité ;

2° Absence de toxicomanies, notamment l'alcoolisme (un examen averti est suffisant) ;

3° Absence de maladies infectieuses en activité.

Le tuberculeux ne doit être exclus que s'il est porteur de lésions nettement contagieuses.

De même pour le syphilitique présentant des lésions contagieuses ou des déterminations graves (syphilis cérébrale, tabès).

De même pour la blennorrhagie, la chancrelle, l'amibiase, le trachome.

4° Vaccinations anti-varioliques et désinsectisation doivent être pratiquées s'il y a lieu.

Telles sont pour le Professeur Léon Bernard, les conditions médicales qui paraissent devoir être remplies. Leur accomplissement implique les formalités suivantes :

a) Un examen par un médecin compétent pourvu des ressources techniques nécessaires et pouvant avoir recours à un laboratoire.

b) Une déclaration du malade.

c) Dans les postes frontière, une installation d'épouillage et quelques chambres de lazaret pour observation.

Les suggestions précédentes pourraient servir de base

à un programme de réalisation immédiate qui comprendrait deux modes d'application :

1° Instructions données aux Consuls pour les pays où le contrôle sanitaire se ferait au départ;

2° Pour les étrangers ne pouvant être contrôlés qu'à la frontière, l'organisation d'un certain nombre de postes conçus suivant ces directives le long de nos frontières avec obligation au moins théorique pour les travailleurs, d'y passer.

Pour le Professeur Léon Bernard, avec une dizaine de postes, la défense sanitaire de nos frontières serait suffisamment assurée (2 pour le Nord, 2 pour l'Est, 2 pour le Sud-Est, 1 pour Marseille, 2 pour les Pyrénées).

Il estime la dépense nécessaire à l'installation et au fonctionnement de ces postes à quelques centaines de mille francs et pense que les hygiénistes ne se heurteraient pas aux difficultés de la question financière, étant donné surtout, qu'une confrontation de ces chiffres avec ceux déboursés comme frais d'assistance pour les étrangers, aurait vite fait d'emporter la conviction.

*
**

Si nous essayons de voir ce qu'auraient donné une sélection des malades du Service de notre Maître, le Docteur Halbron, nous remarquons que le contrôle sanitaire organisé selon la conception du Professeur Léon Bernard aurait arrêté au passage les maladies chroniques, soit pour notre statistique, 28 % des malades étrangers hospitalisés, ce qui correspond à peu près aux chiffres cités par M. Duhamel. En effet,

ce dernier mentionne que 34 % des étrangers se présentant pour travailler sont refusés pour raison de santé, au départ.

D'où nous concluons, comme le Professeur Léon Bernard, que si le contrôle sanitaire était rigoureusement institué comme il le conçoit, la majorité des malades chroniques étrangers, serait éliminée par ce contrôle, et il ne resterait plus alors dans nos hôpitaux que les malades ayant contracté des affections aiguës pendant leur travail et auxquels nous devons toute notre assistance.

Le Problème sanitaire en ce qui concerne les Nord-Africains

A côté de la prophylaxie sanitaire que nous cherchons à organiser vis-à-vis des étrangers, il serait bon de dire un mot de la prophylaxie qu'il y aurait lieu d'instituer vis-à-vis des Nord-Africains.

Ces Nord-Africains que nous considérons absolument comme des Français, soulèvent cependant un double problème de prophylaxie sanitaire et de prophylaxie sociale.

RECRUTEMENT DES NORD-AFRICAINS

Ce recrutement est fait généralement sans aucun choix, par des Compagnies ou des industriels. Aussi, dès leur arrivée en France, ces individus sont-ils complètement déracinés. Tout est nouveau pour eux, le climat, le pays, la langue, le métier. « Contre un salaire moindre que celui des Européens et des Français, ils sont jetés sur le pavé des villes sans aucune espèce de précaution, abandonnés à eux-mêmes, habitant des garnis infects, livrés à l'alcool, dépourvus de toute direction morale ; ne connaissant que le taudis, le bar et l'usine et n'observant que les mauvais exemples » (A. Martial).

Et ces pauvres déracinés, s'acclimatant mal à nos habitudes, à notre vie, vont former des épaves qui généreront l'organisme social.

Tous les médecins ont été frappés de la fréquence de la tuberculose chez les Nord-Africains, les ophtalmologistes ont

relaté la fréquence du trachome (voir plus haut), chez ces individus. Ils sont presque tous atteints de paludisme, un grand nombre présente des parasites intestinaux.

Le problème prophylactique est donc double pour ces Nord-Africains :

a) *Prophylaxie sanitaire.*

Elle serait facile à organiser, du fait que ces individus sont des Français ou des protégés français. Il suffirait d'une loi ou même d'une circulaire adressée aux ports d'embarquement pour les obliger à passer une visite médicale avant leur passage sur le bateau.

Il faudrait d'autre part, rendre responsables les Compagnies de navigation, des abus qui pourraient se produire et obliger ces Compagnies à ramener les malades dans leur pays d'origine.

b) *Prophylaxie sociale.*

Pour prévenir la déchéance morale lamentable de tous ces Nord-Africains, il faut se rappeler tout d'abord que ces ouvriers sont pour la majorité des musulmans, et comme le rappelle M. Martial, le Coran est la sauvegarde des mahométans. Il faut donc s'arranger de façon à ce que ces individus soient dans la possibilité d'en suivre les préceptes.

Il faudrait créer des foyers musulmans qui soustrairaient autant d'hommes à l'influence des marchands de vin et où ils pourraient entendre des correligionnaires plus instruits, les adapter à la vie de nos cités.

Par conséquent, nous voyons que les deux problèmes soulevés par les Nord-Africains sont assez aisément solubles.

D'une part, au point de vue sanitaire, organiser un contrôle médical sérieux qui fonctionnerait aux points d'embar-

quement et nous éviterait ainsi l'introduction chez nous de tous ces individus atteints de maladies contagieuses (tuberculose, trachome, anubiase).

D'autre part, au point de vue de la prophylaxie sociale, créer des foyers musulmans afin de soustraire ces individus aux mauvaises fréquentations et aux mauvais exemples, et de les adapter à notre genre de vie.

Vues générales sur le phénomène de l'Immigration

Maintenant que nous avons examiné le problème sanitaire, que pose l'Immigration, examinons le phénomène dans son ensemble.

Le fait de notre faible natalité et de notre mortalité élevée, de plus la formidable saignée que nous avons subie pendant la guerre, ont créé chez nous un besoin impérieux de main-d'œuvre industrielle et agricole. Nous avons fait appel à l'Etranger. Cet appel a été entendu, nous n'avons lieu ni d'arrêter, ni de regretter ce phénomène.

Mais comme le fait remarquer le Professeur Léon Bernard dans son rapport du 19 janvier 1924, à l'Académie de Médecine :

« Si la France est actuellement une terre d'immigration, il paraît indispensable de procéder à une organisation méthodique du phénomène suivant des principes qui peuvent s'inspirer des exemples tirés de l'histoire de toutes les nations d'immigration, en particulier de celles de l'Amérique du Nord et du Sud ».

Cette organisation implique trois contrôles :

a) *Contrôle sanitaire.*

Nous avons exposé tout au long, dans ce travail les inconvénients et les dangers qu'a présenté pour nous le phé-

nomène de l'Immigration, parce que notre contrôle sanitaire était insuffisant; nous avons montré d'autre part, quels sont les remèdes préconisés :

1° Remèdes immédiatement réalisables et restant sous la dépendance de nos accords internationaux actuellement existants;

2° Remèdes plus efficaces mais qui ne pourront devenir applicables qu'après la Révision de la Convention Sanitaire Internationale de 1902.

b) *Contrôle moral.*

On comprend aisément qu'il n'y a pas intérêt à incorporer à la masse de notre population des éléments moralement indésirables.

c) *Contrôle au point de vue ethnique.*

Il n'est pas indifférent pour nous d'accepter des éléments ethniques quelconques sur notre territoire. La question avait déjà été soulevée au début de l'émigration américaine et du reste cela se concevait très bien du fait de l'arrivée en Amérique, des races de couleur.

Mais chez nous, la majorité des immigrants provient des divers rameaux de la race blanche, et par suite, le problème ethnique se pose d'une façon moins aiguë, l'assimilation étant généralement plus facile dans ce cas.

L'immigration peut, en effet, constituer pour notre pays un bienfait ou un danger redoutable, suivant le degré d'assimilabilité des étrangers qui se fixent chez nous.

Nous avons vu précédemment que l'immigration comprend deux sortes d'individus :

1° « Les saisonniers » qui remplissent la fonction de main-d'œuvre flottante;

2° Les immigrants qui s'installent définitivement chez nous.

Ce sont ces derniers qui, s'ils étaient assimilés et acclimatés pourraient dans une certaine mesure, parer au déficit de notre population.

S'il s'agit d'immigrants arrivés non collectivement, il y aurait lieu à la condition que leur état moral et physique soit bon, de favoriser les croisements familiaux avec des femmes françaises; puis d'envoyer les enfants à l'école et d'en exiger la fréquentation assidue, car c'est sur l'enfant surtout, que doit porter notre effort d'assimilation comme l'a remarqué le Professeur Léon Bernard lors de son voyage en Argentine.

Mais si l'assimilation est facilement réalisable lorsque l'immigrant se trouve mêlé à la masse de la population française, elle devient difficile dans le cas d'individus recrutés collectivement et installés ensemble en un point déterminé de notre territoire.

Car « souvent, comme dans le Nord, il s'agit d'étrangers venus par groupements organisés avec leurs prêtres, leurs écoles, leurs banques, et avec ceux-ci, non seulement aucune assimilation, ni aucun croisement ne sont possibles, mais ils forment des sortes d'enclaves étrangères sur le territoire français ».

Le Gouvernement n'a pas semblé jusqu'à maintenant prendre les mesures nécessaires pour empêcher la formation de ces enclaves à qui instituteurs et prêtres cherchent à conserver leur caractère national.

Heureusement que des œuvres privées se sont fondées

pour faciliter l'assimilation des étrangers en général et de ces « inclusions hétérochtones » en particulier.

Comme nous l'avons dit plus haut, il s'est fondé en 1924, une association présidée par M. Paul Painlevé, ministre de la Guerre, le *Foyer Français*, dont le but est de pourvoir à l'établissement et à l'instruction des étrangers résidant en France.

Cette œuvre, par des cours qu'elle donne dans les différents centres où les étrangers sont nombreux, permet à ces derniers d'apprendre le français ou de se perfectionner dans cette langue. Le *Foyer Français* se charge également de faciliter les démarches que les étrangers peuvent avoir à faire auprès des Pouvoirs Publics, plus particulièrement en ce qui concerne leur naturalisation.

Les résultats obtenus par cette association ont été très encourageants plus spécialement dans le Nord et les Centres miniers, où un nombre sans cesse croissant d'élèves fréquente les cours organisés par le *Foyer Français*.

Avant de terminer, je tiens à m'élever ici (comme l'a fait, déjà M. Martial) contre l'épithète d'indésirable, appliquée à des immigrants malades ou criminels, car elle jette dans le public, le discrédit sur tous les étrangers sans distinction.

Nous avons besoin d'eux et dans une certaine mesure, nous devons être reconnaissants à ces étrangers qui viennent nous aider à maintenir notre vie économique nationale.

Conclusions

I

La diminution de la population française due à la guerre, la nécessité de la main-d'œuvre, d'une part, et d'autre part les transformations politiques consécutives à la guerre, ont augmenté la proportion considérable de la population étrangère en France ; qu'il s'agisse d'individus s'établissant en France ou venant y travailler de façon temporaire, plusieurs problèmes se posent nécessitant l'organisation d'une véritable politique sanitaire de l'immigration.

1° On peut s'inspirer des réglementations très complètes qui ont été faites dans certains pays d'Amérique ou dans les Dominions Anglais.

Ces pays définissent de façon très précise les règles sanitaires qui régissent l'admission des immigrants ; d'autre part, une réglementation très sévère organise la surveillance médicale de l'immigrant, au départ et à l'arrivée et avec des sanctions contre ceux qui facilitent l'immigration d'indésirables (en l'espèce les Compagnies de navigation ou de chemins de fer).

2° En France, l'immigration se fait sous la forme de recrutement collectif organisé dans certains pays, de contrats de travail, ou bien par la pénétration de travailleurs isolés.

Pour les cas de recrutement collectif, le contrôle se fait au pays de départ.

Pour les cas de recrutement individuel, il y a lieu de distinguer :

a) Les pays pour lesquels subsiste la formalité du visa de passeport, où l'on pourrait, par une simple circulaire adressée à nos consuls, exiger des candidats à l'immigration, une visite médicale pour la délivrance du visa au départ.

b) Pour les autres pays, il y aurait lieu d'instituer un contrôle sanitaire sévère à la frontière. Pour cela, il serait désirable de réorganiser les postes sanitaires actuellement existants.

En somme, il y aurait lieu d'appliquer le système de contrôle sanitaire préconisé par le Professeur Léon Bernard et que nous avons exposé, tout au long, dans ce travail.

II

L'hospitalisation des étrangers dans nos hôpitaux constitue un grave problème pour les administrations et pour l'Assistance publique.

Leur nombre est considérable, il varie selon les villes, selon les quartiers, et leur nombre élevé est en rapport avec la situation misérable de la plupart des immigrants.

L'hospitalisation des étrangers est d'une part inévitable par sentiments d'humanité, et d'autre part, par une obligation stricte par suite des conventions de réciprocité conclues avec certains pays.

Parmi les étrangers hospitalisés, il faut distinguer tous les cas d'affections aiguës contractées par des individus sains au cours de leur travail productif en France, et tout ce qui résulte du travail (accidents, maladies professionnelles). A ceux-là, nous devons notre assistance.

Au contraire, il faut déplorer le grand nombre de cas d'hospitalisation pour maladies chroniques qui immobilisent des lits, entraînent de lourdes charges pour les budgets français (communes, départements).

Ces derniers faits montrent l'intérêt majeur qu'il y aurait à organiser, ainsi que nous l'avons dit, la surveillance sanitaire de l'immigration.

Vu le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président,

Léon BERNARD.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. LAPIE.

Bibliographie

BERNARD (Professeur Léon). — Le problème sanitaire de l'immigration, *Revue d'Hygiène*, septembre 1925.

LE FOYER FRANÇAIS, Association pour l'établissement et l'instruction des étrangers résidant en France. Siège social : 20, rue du Banquier, Paris (13^e). Compte rendu, séance 1924-25.

WEIL Prosper-Emile. — Les malades étrangers à l'hôpital Tenon. Statistique portant sur 6 mois. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 10 novembre 1925).

REMLINGER. — Au sujet de l'hospitalisation des malades étrangers. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 15 décembre 1925).

BERNARD (Professeur Léon). — Au sujet des malades étrangers dans les hôpitaux. Discussions. Les étrangers et la syphilis. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 19 janvier 1926).

IMBERT Léon. — Les malades étrangers dans les hôpitaux de Marseille (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 20 juillet 1926).

MARTIAL R. — L'immigration de la main-d'œuvre étrangère en France. Importance. Répercussions sanitaires et sociales. Comparaison avec les autres pays récepteurs (Société de Médecine de Paris, n^o 1 1926).

- MARIE Auguste. — A propos des indésirables (Société de Médecine de Paris, n° 3, 1926).
- MARTIAL R. — A propos des indésirables (Société de Médecine de Paris, n° 4 1926).
- MARTIAL R. — Immigration de la main-d'œuvre agricole et industrielle. Prophylaxie sanitaire et prophylaxie sociale (*Annales d'Hygiène*, 1924, n° 4).
- CHAPPE J. — Le Trachome et la main-d'œuvre étrangère (*Revue internationale du Trachome*, juillet 1926).
- ANTHEAUME. — Quelques données sur le problème de l'immigration des étrangers en France et sur le problème de l'immigration des étrangers aux Etats-Unis (*Presse Médicale*, 25 juillet 1925).
- BOUQUET. — Les malades étrangers en France (*Monde médical*, janvier 1926).
-

SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER
